

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		1410	HOSPITAL BASICO ANIBAL GONZALES ALAVA	II	1307533537	42286				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SAAVEDRA	GANCHOSO	PEDRO	PABLO	F	13/04/1971	55	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN			MOTIVO			
0987019530/ 0979107917			☒	☐			6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
MANABI	BOLIVAR	CALCETA								

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	CIRUGIA VASCULAR

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 55 años con antecedentes de Hipertensión arterial y acromegalia. que presenta cuadro progresivo de dolor intenso en muslo derecho de una semana de evolución, acompañado de edema, eritema y aumento de temperatura local. Refiere dificultad para la marcha y sensibilidad al tacto. Se sospecha compromiso vascular por presencia de cambios de coloración, edema importante y dolor desproporcionado. Niega traumatismo reciente. Dolor, aumento de volumen y enrojecimiento en muslo derecho de varios días de evolución.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
ADJUNTOS			

DIAGNÓSTICO	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
INSUFICIENCIA VENOSA (CRÓNICA) (PERIFÉRICA)			1872		X	4.			
						5.			
						6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/05/21	12:00	VICTOR	CEDEÑO	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	FOLIO	
1302656473		<i>[Firma]</i>	Dr. Victor A. Cedeño Bravo MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA REG. PROF. M.S.P. LIBRO: VI FOLIO: 1002 N° 30	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO				
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐					

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO									

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS									

DIAGNÓSTICO	PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
						4.			
						5.			
						6.			

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE									

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	